Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]

Case report Open Access

Tumori în pandemie: chistadenom mucinos de ovar gigant.

Vlad Nuțu, Eugen Târcoveanu, Ana-Maria Axentioi, Samantha Varlot, Valeria Bătrineac, Felicia Crumpei, Delia Florina Rusu Andrieși, Cătălina Cucu, Delia Ciobanu

Clinica I Chirurgie, Universitatea de Medicină și Farmacie ”Grigore T. Popa”, Spitalul Clinic de Urgențe ”Sf. Spiridon” Iași

Abstract. Tumors in the pandemic era: giant ovarian mucinous cystadenoma. Mucinous cystadenoma is a benign tumor of the ovary originating from the surface epithelium of the ovary, characterized by mucin production. They represent 10-15% of ovarian tumors. The borderline variety represents 10% of mucinous cystadenomas. They can reach very large sizes. We present the case of a patient, aged 65, hospitalized at the end of pandemics with a giant abdominal cystic tumor (diameter 40 cm) with compression disorders. He had a subtotal hysterectomy for uterine fibroids at the age of 25. Laboratory tests are within normal limits except CA19-9 = 398 IU / ml. Abdomino-pelvic ultrasound shows a mid-abdominal liquid formation, inhomogeneous with septa inside that exceeds 30 cm. CT with the contrast substance highlights a multiloculated formation, developed from the left ovary to with iodophilic septa, with mass effect on anatomical elements, with overall dimensions of approx. 230/300/350 mm. With the suspicion of a giant left ovarian cyst suspected of being malignant, a median xipho-umbilical laparotomy was performed and a giant cystic tumor of the left ovary weighing 13 kg, reaching the supramesocolic floor without adhesions, with an ovarian pedicle one cm thick, was removed. Anexectomy was performed on the right side without complications. The postoperative evolution was simple. Histopathological examination determined the diagnosis of borderline mucinous cystadenoma. The epidemiology, clinical signs and imaging diagnosis and surgical treatment of these rare tumors with favorable evolution are discussed.

Keywords: Giant ovarian cysts; borderline mucinous cystadenoma

Chistadenomul mucinos este o tumoare benignă a ovarului cu originea din epiteliul de suprafață al ovarului, caracterizată prin producție de mucină și clasificat în: subtipuri benigne (80%), cu potențial malign scăzut (10%) și invazive (10%). [1]. Chistadenoamele mucinoase apar cel mai frecvent în decada a treia până la a șasea de viață, dar au fost raportate și cazuri rare la femeile mai tinere și mai în vârstă [1]. Ele reprezintă 10-15% din toate neoplasmele ovariene [2]. Subtipurile borderline tind să fie mai frecvente decât tumorile invazive. Chistadenoamele mucinoase sunt unilaterale în 95% din cazuri Dacă chistadenoamele mucinoase nu sunt diagnosticate și tratate, ele pot crește la dimensiuni foarte mari când pot determina tulburări de compresiune Mai frecvente în trecut ele au reapărut în perioada pandemiei de Covid 19, când bolnavele au evitat internarea în spital.

Prezentăm un asemenea caz.

Pacienta B.A., sex feminin, în vârstă de 65 de ani, se prezintă în regim electiv la Spitalul ″Sf. Spiridon″ în aprilie 2022 pentru mărirea în dimensiuni a abdomenului;

Corresponding author: Eugen Târcoveanu,”Grigore T. Popa”University of Medicine and Pharmacy Iași. E-mail etarcov@yahoo.com
Received: May 20, 2022; **Accepted June** 10, 2022; **Published June** 30, 2022
Citation: Vlad,N, Târcoveanu E, Axentioi Ana-Maria, Varlot Samantha, Bătrineac Valeria, Crumpei Felicia, Rusu Andrieși, Delia Florina, Ciobanu Delia: Tumors in the pandemic era: giant ovarian mucinous cystadenoma Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2022; 18(2): 148 - 156, [Article in Romanian]. DOI: 10.22551/JSURG.2022.02.06
Copyright: © 2022V. Nutu V.. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

senzația de balonare, dispnee, tulburări de tranzit.

De subliniat că mama a decedat la vârsta de 68 de ani de cancer de sân. Din antecedente personale reținem: menarha la 12 ani, 3 nașteri spontane, histerectomie subtotală pentru fibrom uterin la vârsta de 25 de ani, apendicectomie (în copilărie). Este pensionară, nu are obiceiuri toxice.

Din istoricul bolii reținem că boala are un debut insidios în urmă cu 2 ani , la începutul pandemiei Covid 19, prin mărirea progresivă de volum a abdomenului, cu un ritm mai accentuat în ultimele 2 luni, însoțite de senzație de balonare. Este trimisă de un spital de provincie în serviciul nostru cu tumoră abdominală gigantă.

Pacientă cu stare generală relativ bună are 57 kg, o talie de 1,60 cm; IMC= 22,27. Aparat respirator: torace evazat la baze, excursii costale simetrice, de amplitudine scăzută, FR=18resp/min; sonoritate pulmonară normală, murmur vezicular normal, SpO_2=98%. Arie precordială este normal conformată, șoc apexian în spațiul V ic stâng pe linia medioclaviculară zgomote cardiace ritmice, aparent fără sufluri; artere periferice pulsatile bilateral. TA 125/93 mmHg, FC= 115 bătăi pe minut.

Abdomenul este globulos, mărit de volum, ușor asimetric, contur neregulat, prezintă cicatrice postoperatorie (linia mediană, ombilico-pubiană); circulație colaterală prezentă; la palpare – abdomen în tensiune, ușor dureros la palparea profundă ocupat de o formațiune tumorală de aproximativ 30/40cm ce se întinde de la nivelul procesului xifoid până la pubis și lateral până la nivelul crestelor iliace, bine delimitată; contur boselat (Fig. 1) consistență – renitent elastică cu matitate la percuție; tranzit intestinal încetinit. Tușeul vaginal arată col uterin mic si o formațiune chistică ce ocupă tot pelvisul.

Examenele de laborator sunt în limite normale cu excepția CA19-9 = 398 UI/ml(2.5-33). Radiografia toracică și abdominală pe gol arată plămân – fără leziuni evolutive, cord – morfologic normal, abdomen opac, colon drept împins subhepatic. absența nivelelor hidro-aerice (Fig 2).







Fig. 1. Aspectul abdomenului la inspecție: față și profil





Fig. 2. Radiografie toracică și abdominală pe gol

Ecografie abdomino-pelvină arată medio-abdominal o formațiune lichidiană, neomogenă cu septuri la interior de 228/208/ 350 mm, 4.223ml, (obs. chist adenocarcinom ovarian stâng), ficat – normal, colecist fără calculi, VP, CBP – normale, RD – chist parapielic inferior de 33mm și altul de 22 mm în vecinătate, fără hidronefroză, RS – câteva chisturi parapielice de 15-30mm, fără dilatație pielocaliceală, VU – în repleție medie; în hipogastru formațiune hipoecogenă neomogenă de 66/33/59mm (Fig. 3).

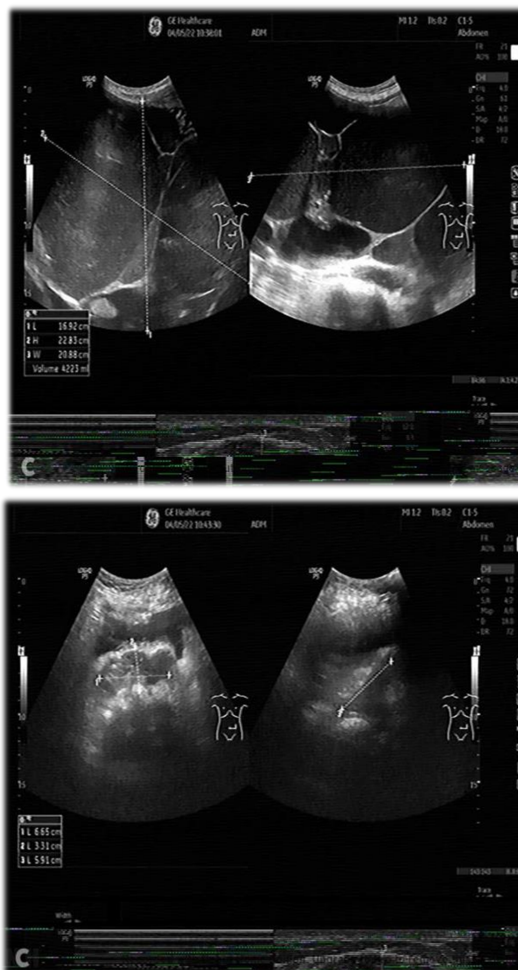


Fig. 3. Ecografie abdominală: tumoră chistică gigantă abdomino – pelvină

Computertomografia cu substanță de contrast evidențiază: histerectomie subtotală, la nivelul colului uterin - se decelează o

formațiune chistică de aprox. 9 mm. Ovarul stâng prezintă o formațiune multiloculată, cu septuri iodofile, cu efect de masă asupra elementelor anatomice, cu dimensiuni globale de aprox. 230/300/350 mm (ap/t/cc), ovar drept – nevizualizabil. Nu se constată adenopatii abdomino-pelvine, ci aspect reticulat al marelului epiplon. Lichid intraperitoneal este prezent în cantitate medie, cu grosime maximă în hipogastru de aprox. 65mm. Pe secțiunile surprinse la nivelul bazelor pulmonare se decelează câțiva micronoduli bazal stâng, cel mai mare de aprox. 5mm. cu benzi de fibroză bilateral, mai important pe partea dreaptă. Nu se constată leziuni secundare osoase în volumul scanat. Osteofite antero-laterale etajate, cu formare de punți osteofitice la nivel toracal inferior. CONCLUZII: Formațiune expansivă ovariană stângă, cu caractere de malignitate (Fig. 4).

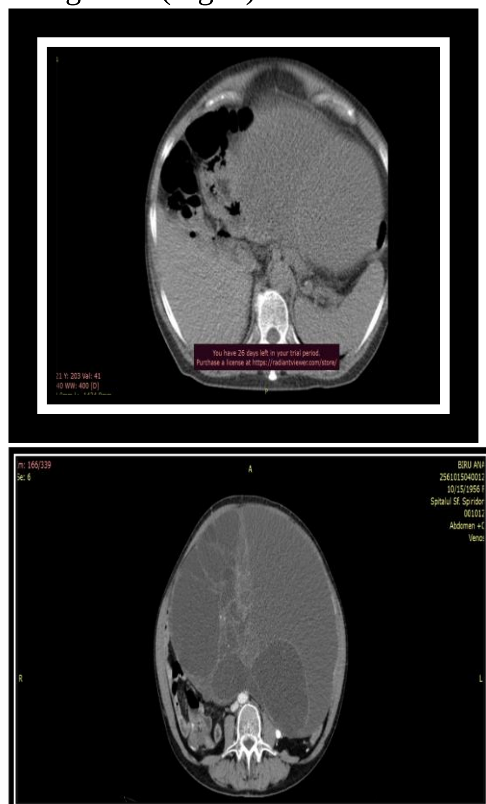


Fig. 4. CT abdomen cu substanță de contrast: chist ovarian gigant stâng cu suspiciune de malignitate cu tulburări de compresiune pe colon li vezica urinară, fără hidronefroză



Fig. 5. Chist mucinos ovarian gigant stâng exteriorizat din abdomen: ligatura pediculului.



Fig. 6. Chist ovarian gigant stâng și anexa dreaptă fără modificări macroscopice.

Cu suspiciunea de chist ovarian stâng gigant suspect malign s-a efectuat o laparotomie mediană xifo – ombiliclă. S-a identificat o tumoră chistică gigantă de ovar stâng ce ajungea în etajul supramezocolic fără aderențe, cu un pedicul ovarian gros de un cm., care s-a extirpat cu ușurință intact (Fig. 5). S-a practicat și anexectomie dreaptă fără complicații. S-a efectuat o explorare chirurgicală amănunțită fără niciun semn de metastaze. Bontul uterin era mic, nu erau adenopatii pelvine. Evoluția postoperatorie a fost simplă. Piesele extirpate a fost trimise pentru examinare patologică. Bolnava a fost externată a patra zi postoperator.

Macroscopie s-a constatat: Ovarul stâng transformat chistic, multiloculat de 35/26/23 cm, cu conținut sero-mucos, cu greutate de 13 kg. Suprafața externă era netedă, lucioasă, cu vascularizație evidentă și sufuziuni hemoragice focale (Fig. 6). Peretele era suplu, focal îngroșat, formând numeroase septuri. Suprafața internă era predominant netedă, cu vascularizație evidentă, prezentând o arie de 2.8/2.4 cm cu vegetații alb cenușii, de consistență crescută, cea mai mare cu diametru de 0.7 cm.

Anexa dreaptă constituita din ovar de 2.5/1.1/0.9 cm era acoperit de capsula integra, contur boselat, ce prezinta pe secțiune aspect compact, multipli corpi albicans si salpinge de 6 cm lungime cu multiple formatiuni chistice paratubare cu continut sero-citrin, cea mai mare cu diametru maxim de 1 cm (Fig. 6).

Fragmentele ovariene examinate microscopic prezentau o formațiune chistica, multiloculată, cu multiple spații chistice tapetate majoritar cu epiteliu mucinos de tip endocervical, unistratificat columnar, cu nuclei bazali și mucosecreție

intracitoplasmatică abundentă asociind. masa de mucină extracelulară extravazată în stroma ovariană. Se mai constata necroza ischemică alături de abundent infiltrat inflamator polimorf și plaje de hemoragie recentă. În aria cu vegetații se identifică o zonă, cu arhitectură complexă, cu proiecții papilare intrachistice și pattern cribriform, tapetate cu epiteliu simplu cilindric de tip gastro-intestinal, zonal stratificat asociind și celule caliciforme, nuclei rotunzi-ovalari, relativ egali și uniformi, unii nucleolați, fără activitate mitotica evidentă '(reprezentând sub 10% din volumul tumoral) (Fig. 7, 8). In aria descrisă se remarca un focar cu modificări cito-arhitecturale compatibile cu displazie intra epitelială de grad înalt. Pe secțiuni seriate multiple nu se identifică invazie în secțiunile examinate. Stroma ovariana este comprimată, atrofiată și prezinta un corp luteal (corp galben). Diagnosticul anatomopatologic este de chistadenom mucinos ovarian cu zone de proliferare epitelială atipică/tumora mucinoasă borderline (< 10%). În anexa dreaptă, ovarul prezintă chisturi de incluzie epitelială în aria corticală, corpi albicans și congestie vasculară marcată în aria hilară; salpingele prezintă congestie parietală și plaje de hemoragie recentă cu zone de resturi de mezonefron. Testele imunhistochimice efectuate arată: CK7- reacție pozitivă citoplasmatică, de intensitate înaltă, difuză în proliferarea tumorală; CK20 - reacție pozitivă citoplasmatică, de intensitate înaltă, în majoritatea celulelor tumorale; C DX.2 - reacție pozitivă nucleară, de intensitate predominant înaltă, în majoritatea celulelor tumorale; p53 expresie neomogenă în celulele tumorale , per ansamblu „wild type" dar asociind focare celulare care prezintă intensitate înaltă (invazie, atipii cito-nucleare). Aspectele pledează pentru o tumoră ovariană mucinoasă borderline, asociind focar de carcinom mucinos cu patern de invazie expansiv/confluent.

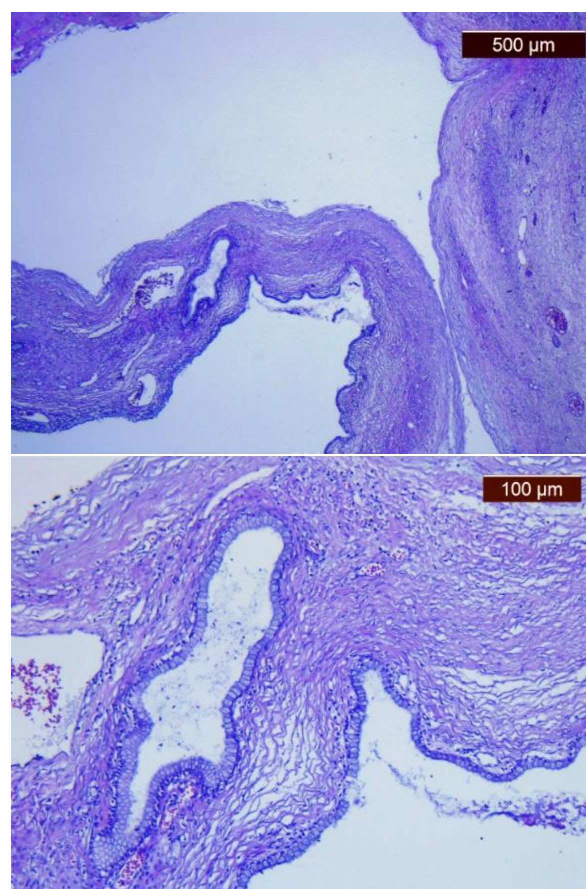


Fig. 7. Chistadenom mucinos-epiteliu cu tapetare celulara de tip endocervical , HE, x 25 (stânga); detaliu, chistadenom mucinos-epiteliu cu tapetare celulara de tip endocervical , HE, x 100 (dreapta)

Controlată clinic, biologic și ecografic la 3 luni postoperator, bolnava se găsește în perfectă stare de sănatate cu câștig ponderal. Ca 19-9 a scăzut mult ca valoare dar depășește limita superioară a normalului (57,7 UI/ml). In prezent, pacienta este monitorizata de comisia oncologica teritoriala pentru tratament adjuvant.

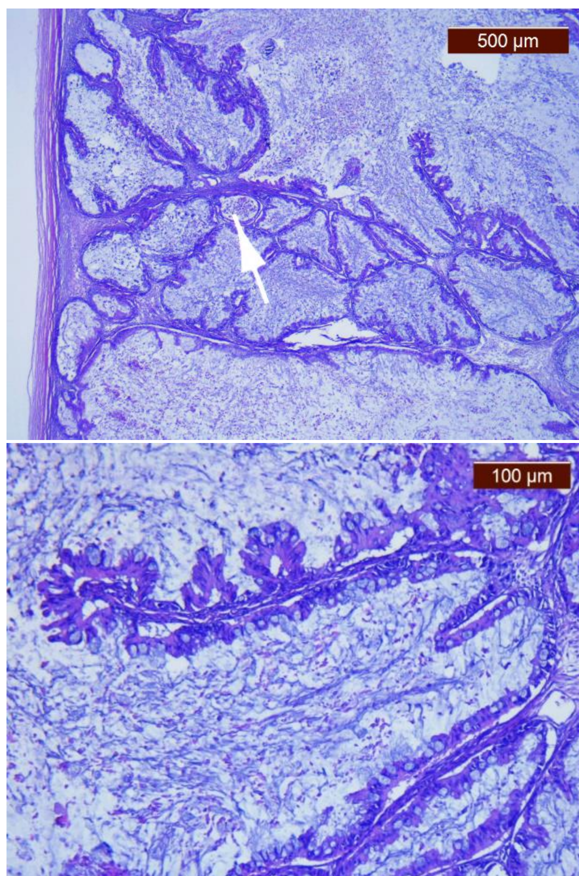


Fig. 8. Zona de proliferare tapetata de epiteliu de tip mucinous de tip intestinal, HE, x 25 (stânga); detaliu, zona de proliferare tapetata de epiteliu de tip mucinous de tip intestinal, HE, x 100 (dreapta)

Discuții.

După clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) din 2014, tumorile ovariene primare sunt clasificate în trei tipuri: tumori cu celule epiteliale (60%), tumori cu celule germinale (30%) și tumori cu celule stromale (8%). Tumorile epiteliale ovariene (chistadenoamele seroase sau mucinoase) pot fi 40% benigne și 60% maligne [1].

În general, chistadenoamele mucinoase reprezintă 15% din toate tumorile ovariene, sunt tumori chistice benigne care provine din epiteliul de suprafață al ovarului, au suprafață netedă și conțin lichid vâscos. Dacă nu sunt diagnosticate precoce pot ajunge la o dimensiuni foarte mari determinând tulburări de compresiune abdominală. Incidența chistadenomului ovarian gigant la femeile aflate în postmenopauză este relativ scăzută. La adolescente se întâlnesc mai frecvent chistadenoame seroase gigante [3,4,5].

Chistadenoamele mucinoase cu arhitectură borderline descrise ca și tumori mucinoase proliferative atipice, sunt clasificate în tip intestinal (85%) și tip seromucinos (15%), care pot evolua către carcinom mucinos invaziv dacă nu sunt tratate [1].

Deși chistadenomul mucinos este o creștere lentă, poate ajunge la dimensiuni foarte mari - gigantice, cel mai mare chist mucinos raportat (în 1963) cântărind 148,6 kg [cit.1].

De obicei prezintă simptome nespecifice, cum ar fi creșterea în volum a abdomenului, sațietate precoce, balonare, durere sau alte simptome gastrointestinale. Tulburările de compresiune se traduc prin dispnee, sațietate precoce, pirozis, polachiurie. Evolutiv pot apare complicații severe: torsiunea, hemoragia și ruptura masei anexe, revărsatul pleural și obstrucția intestinului subțire, tromboembolismul venos. În literatura de specialitate sunt raportate cazuri rare de chistadenoame mucinoase gigante cu tulburări de compresiune pe organelor învecinate, cum ar fi intestinul, căile urinare și venele, traduse prin tulburări de tranzit, ischemia intestinală, hidronefroza, insuficiența cardiacă și tromboza venoasă profundă datorată returului venos redus[6]. .

Diagnosticul diferențial al chistadenoamelor mucinoase gigante se face

cu tumorile ginecologice și non-ginecologice benigne și maligne glob vezical, hidronefroză, sarcină, fibroame, tumori abdominale chistice, ascita. [7].

Markerii tumorali au fost utilizați pentru calcularea riscului de malignitate a maselor ovariene detectate, Ca 125 fiind cel mai util. Indicele de risc de malignitate, care încorporează vârsta, constatările ecografice și nivelul CA 125, are o sensibilitate ridicată (74,4%) și specificitate (90%) în depistarea cancerului ovarian la femeile cu mase anexe [6]. În general chisturile ovariene gigante au valori mari a markerului CA 19-9 . CA-125, cunoscut și sub numele de mucin16, este un marker utilizat pe scară largă și este util pentru a distinge tumorile pelviene maligne de cele benigne. Dacă o pacientă în postmenopauză cu o masă anexă are niveluri serice de CA-125 peste 200 U/mL, valoarea predictivă pozitivă este de 96%. Unii autori au descris niveluri crescute ale acestor markeri la pacienții cu tumori benigne, mai frecvent la chistadenoamele sroase decât mucinoase. [6,8].

Pentru diagnostic este necesar un studiu imagistic al pelvisului și abdomenului. Ecografia abdominopelvină este investigația imagistică de primă linie. Cu toate acestea, CT scan cu substanță de contrast și imagistica prin rezonanță magnetică (IRMN) oferă informații mult mai utile chirurgului despre chistul gigant și structurile anatomice din imediata apropiere[9,10]. .

După FIGO (Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică), tumorile ovariene borderline descoperite în stadiu incipient (FIGO I), limitate la ovar(e) și au un prognostic excelent. Supraviețuirea globală la cinci ani este de 95-97% pentru tumorile (FIGO I) și 65-87% pentru tumorile (FIGO II-III).

Chirurgia este esențială pentru tumorile ovariene mari, chiar dacă sunt benigne [1]. Până în prezent, nu a existat un studiu controlat randomizat pentru abordul laparoscopic al chisturilor ovariene >20 cm, astfel încât laparotomia a rămas metoda ideală pentru excizia chisturilor ovariene gigantice [4]. Tumorile ovariene gigantice trebuie extirpate pentru a înlătura tulburările de compresiune, pentru a preciza diagnosticul final și pentru a determina stadiul tumoral. Abordul preferat este incizie mediană cu extirparea tumorii intacte pentru a preveni scurgerea de mucus în abdomen. Chistectomia, anexectomia și histerectomia totală cu salpingooforectomie bilaterală pot fi utilizate pentru a trata chistadenoamele mucinoase gigante. Laparoscopia cu o incizie parietală mică și evacuarea în siguranță a conținutului fără pierderi de mucus la tumori sub 15 cm poate fi sigură și eficientă cu durere postoperatorie redusă și spitalizare mai scurtă decât laparotomia.

Concluzii

Chisturile ovariene gigantice sunt descoperiri rare în practica clinică actuală, deoarece progresele în imagistică (ecografie, CT și IRM) permit un diagnostic precis când tumorile ovariene au dimensiuni relativ mici.

Pacienta noastră a întârziat să ajungă la spital din cauza constrângerilor din pandemie.

Chisturile mucinoase ovariene gigante pot avea valori crescute ale CA 19-9.

Diagnosticul imagistic actual permite un diagnostic precis.

Tratamentul chirurgical este indicat cât mai rapid pentru a nu permite degenerarea posibilă.

Declarația de conflict de interese.

Autorii declară că nu se află în conflict de interese financiare sau nonfinanciare pentru datele și informațiile prezentate în articol. A fost obținut consimțământul informat scris de la pacientă pentru publicarea acestui raport de caz și a imaginilor însoțitoare.

Bibliografie

1.Akhras LN, Akhras LN, Faroog S, AlSebay L. A 27-kg Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma in a 72-Year-Old Postmenopausal Patient: A Case Report. Am J Case Rep. 2019 Nov 1;20:1601-1606. doi: 10.12659/AJCR.917490. PMID: 31672957; PMCID: PMC6849502.

2.Mitragkas P, Synekidou E, Hatzimisios K. Giant Ovarian Mucinous Borderline Tumors. A Report of Two Cases and Literature Review. Maedica (Bucur). 2021 Dec;16(4):743-746. doi: 10.26574/maedica.2020.16.4.743. PMID: 35261682; PMCID: PMC8897801

3. Mohammed Elhassan SA, Khan Shabina, El-Makki A. Giant Ovarian Cyst Masquerading as Massive Ascites in an 11-Year-Old. Case Rep Pediatr. 2015;2015:878716. doi: 10.1155/2015/878716. Epub 2015 Jul 5. PMID: 26236528; PMCID: PMC4506805.

4. Cevik M., Guldur M.E.: An extra-large ovarian mucinous cystadenoma in a premenarchal girl and a review of the literature. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2013; 26: 22-26

5. Hurni Y, Mendoza-Sagaon M, Hamitaga F, Voumard N, Braghetti A, Puligheddu C. Laparoscopic Management of a Giant Ovarian Cyst in a Premenarchal Girl. J Minim Invasive Gynecol. 2017 Sep-Oct;24(6):887-888. doi: 10.1016/j.jmig.2017.01.007. Epub 2017 Jan 16. PMID: 28104495.

6. Mulita F, Tavlas P, Maroulis I. A giant ovarian mass in a 68-year-old female with persistent abdominal pain and elevated serum CA-125 level. Prz Menopauzalny. 2020 Jul;19(2):108-110. doi: 10.5114/pm.2020.97870. Epub 2020 Jul 13. PMID: 32802022; PMCID: PMC7422285.

7. Yeika EV, Efie DT, Tolefac PN, Fomengia JN. Giant ovarian cyst masquerading as a massive ascites: a case report. BMC Res Notes. 2017 Dec 19;10(1):749. doi: 10.1186/s13104-017-3093-8.

8.Albers E. Christine, Ranjit E, Sapra A, Bhandari P, Wasey W.: Clinician Beware, Giant Ovarian Cysts are Elusive and Rare. Cureus. 2020 Jan 23;12(1):e6753. doi: 10.7759/cureus.6753. PMID: 32140321; PMCID: PMC7039362.

9.Farinetti A, Buttazzi A, Tazzioli G, Saviano L, Saviano M.:Giant ovarian cyst. A case weighing 23 kg. Literature review. Minerva Chir. 2003 Apr; 58(2): 261-5.

10.Shrestha Prajapati S, Shrestha A, Bade Shrestha U. Rare Presentation of Giant Ovarian Cyst. J Nepal Health Res Counc. 2022 Mar 13;19(4):849-851. doi: 10.33314/jnhrc.v19i04.3851. PMID: 35615849.